

## **Trombose de veia mesentérica inferior: relato raro de caso clínico**

### **Lower mesenteric vein thrombosis: rare case report**

DOI:10.34119/bjhrv2n4-144

Recebimento dos originais: 20/07/2019

Aceitação para publicação: 27/08/2019

#### **Days Batista Gomes**

Médica pelo Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto  
ITPAC PORTO

Endereço: Rua 02, Qd. 07 - Jardim dos Ypês CentroPorto Nacional-TO CEP 77.500-000. CX Postal 124.

E-mail: daystn@hotmail.com

#### **Bruna Araujo de Moraes Borba**

Médica pelo Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto  
ITPAC PORTO

Endereço: Rua 02, Qd. 07 - Jardim dos Ypês CentroPorto Nacional-TO CEP 77.500-000. CX Postal 124.

E-mail: bruna\_moraes1@hotmail.com

#### **Adriana Mendes Barros**

Médica pelo Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto  
ITPAC PORTO

Endereço: Rua 02, Qd. 07 - Jardim dos Ypês CentroPorto Nacional-TO CEP 77.500-000. CX Postal 124.

E-mail: adrianamendesbarros@gmail.com

#### **Rafael Guimarães Ferreira**

Médico pelo Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto  
ITPAC PORTO

Endereço: Rua 02, Qd. 07 - Jardim dos Ypês CentroPorto Nacional-TO CEP 77.500-000. CX Postal 124.

E-mail: ferreira\_guimaraes2@hotmail.com

#### **Camila Rodrigues de Oliveira Galhardo**

Médica pelo Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto  
ITPAC PORTO

Endereço: Rua 02, Qd. 07 - Jardim dos Ypês CentroPorto Nacional-TO CEP 77.500-000. CX Postal 124.

E-mail: camila\_rodrigues98@hotmail.com

#### **Carllini Barroso Vicentini**

Estudante de Medicina pelo Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto  
ITPAC PORTO

Endereço: Rua 02, Qd. 07 - Jardim dos Ypês CentroPorto Nacional-TO CEP 77.500-000. CX Postal 124.

E-mail: carllini@hotmail.com

**RESUMO**

A trombose da veia mesentérica (TVM) está cada vez mais associada como causa de isquemia mesentérica. É uma doença pouco comum com quadro clínico inespecífico, necessitando de uma alta suspeita para a realização diagnóstica. Os sinais e sintomas que podem ser encontrados na TVM são dor abdominal, náuseas, vômitos, rigidez da parede abdominal e melena. Para confirmação, a angiografia por tomografia computadorizada (TC) de abdome com contraste apresenta grande sensibilidade e especificidade, sendo considerado o método de escolha.

**Palavras-chave:** Trombose; Veia mesentérica inferior; Tomografia.

**ABSTRACT**

Mesenteric vein thrombosis (MVT) is increasingly associated as a cause of mesenteric ischemia. It is an uncommon disease with a nonspecific clinical picture, requiring a high suspicion for diagnostic performance. The signs and symptoms that can be found in MVT are abdominal pain, nausea, vomiting, abdominal wall stiffness and melena. For confirmation, angiography Contrast-enhanced abdominal computed tomography (CT) has high sensitivity and specificity, being considered the method of choice.

**Keywords:** Thrombosis; Lower mesenteric vein; Tomography.

**1. INTRODUÇÃO**

A trombose da veia mesentérica (TVM) está cada vez mais associada como causa de isquemia mesentérica. É uma doença pouco comum com quadro clínico inespecífico, necessitando de uma alta suspeita para a realização diagnóstica<sup>1-2</sup>. Sua incidência vem aumentando com a melhora das modalidades diagnósticas. Os sinais e sintomas que podem ser encontrados na TVM são dor abdominal, náuseas, vômitos, rigidez da parede abdominal e melena<sup>3-5</sup>. Para confirmação, a angiografia por tomografia computadorizada (TC) de abdome com contraste apresenta grande sensibilidade e especificidade, sendo considerado o método de escolha<sup>6-7</sup>. O objetivo principal do tratamento da TVM é a prevenção do infarto intestinal<sup>8-10</sup>.

**2. RELATO DO CASO**

Paciente do sexo feminino, 58 anos, hipertensa há mais de 10 anos e portadora de Fibromialgia, deu entrada no Pronto Socorro do Hospital Geral Público de Palmas com queixa de “Dor abdominal há uma semana”. Referia dor abdominal do tipo cólica, de forte intensidade, difusa em todo o abdome, sem irradiação e sem fatores de melhora, associada a episódios de febre (o maior de 40°C) e cefaléia intensa. Negava náuseas,

vômitos, alteração do hábito intestinal ou perda ponderal. Negou tabagismo e etilismo, em uso de medicamentos para hipertensão.

Ao exame físico apresentava-se em regular estado geral, lúcida e orientada em tempo e espaço, acianótica, anictérica, afebril, corada, hidratada e eupnéica. Ausculta respiratória e cardíaca sem alterações. Abdomen do tipo globoso apresentava-se levemente tenso, com ruídos hidroaéreos diminuídos e difusamente doloroso à palpação superficial e profunda.

Foram solicitados exames laboratoriais e imaginológicos. Os resultados foram: Hb 11,1 g/dL; Ht 33,2%; Leucócitos 13.600/mm<sup>3</sup>; Bastonetes 136/mm<sup>3</sup>; Neutrófilos 12.784/mm<sup>3</sup>; Linfócitos 544/mm<sup>3</sup>; Monócitos 272/mm<sup>3</sup>; Plaquetas 276.000/mm<sup>3</sup>; K 3,9 mmol/L; Na 137 mmol/L; Mg 2,4 mg/dL; Ca 9,1 mg/dL; TGP 212 U/L; TGO 232 U/L; Cr 2,8 mg/dL; Lipase 11 UI/L; Amilase 17 U/L; CK-MB 41 U/L; CPK 585 U/L e PCR 140 mg/L. EAS: proteínas 300 mg/dL; células epiteliais 16.000/ml; hemácias 4.500/ml; leucócitos 9.000/ml.

A TC de abdome evidenciou imagem sugestiva de trombose venosa, porém não foi identificado a veia trombosada (Figuras 1 e 2). Não foi visualizado defeito de preenchimento intraluminal hipodenso, contínuo e bem definido, com baixa atenuação central – que corresponde ao coágulo dentro do vaso com oclusão parcial ou completa nos cortes contrastados. Alguns achados indiretos na circulação colateral portossistêmica como o engurgitamento de veias, edema mesentérico e distensão de alças intestinais sugeriram o diagnóstico. Com a evolução desfavorável e isquemia do intestino, foi evidenciado espessamento da parede intestinal.



Figura 1. TC de abdome com contraste em corte axial

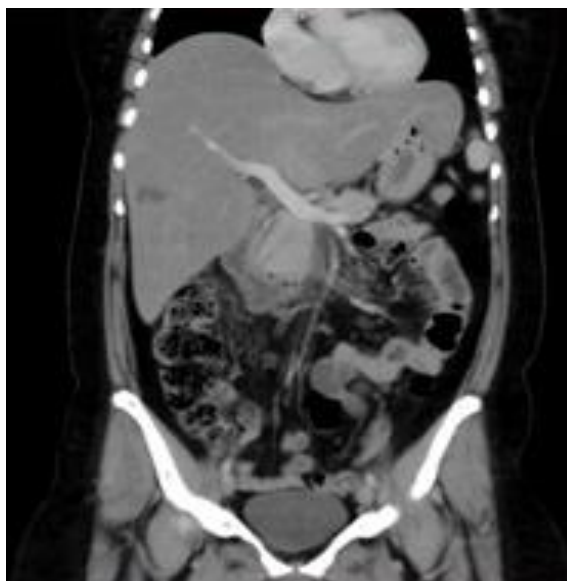


Figura 2. TC de abdome com contraste em corte coronal

A paciente então, foi submetida a laparotomia exploradora que evidenciou processo inflamatório em estômago, duodeno e cabeça dos pâncreas; lesão inflamatória e edemaciada em fígado com formação de coágulos devido a trombose de veia mesentérica inferior. Não foram identificados sinais de necrose. Foi colocado uma esponja hemostática de gelatina estéril absorvível em lesão hepática sangrante e dreno tubulolaminar em fígado.

Paciente evoluiu com hipotensão, taquicardia, crepitações pulmonares, e aumento de uréia e creatinina. Foram então, administrados furosemida e meropenem por processo inflamatório abdominal com pneumonia associada e encaminhada a Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Geral de Palmas. Após 48 horas, houve melhora das crepitações pulmonares e do quadro clínico geral sendo transferida à Enfermaria para finalização do tratamento. Além disso, foi iniciado anticoagulação plena com Enoxaparina 80mg de 12/12 horas desde o primeiro dia do pós-operatório (PO) e houve persistência da dor abdominal e náuseas até o 5º PO, com ausência de sangramento em dreno abdominal.

Recebeu alta hospitalar no 10º PO, com melhora do quadro clínico geral, inclusive da dor abdominal e melhora laboratorial, prescrito o uso do Xarelto e acompanhamento ambulatorial.

### 3. DISCUSSÃO

A TVM, de uma forma geral, não é muito comum. A faixa etária mais acometida é de 45-60 anos, com uma discreta predominância no sexo masculino<sup>1</sup>. Geralmente é vista no cenário da trombofilia ou inflamação local e carrega um risco de mortalidade de 15-23%<sup>1-2</sup>.

Os fatores de risco para TVM podem ser classificados em trombofilias hereditárias e adquiridas (por exemplo, protrombina, mutação G 20210, MPD); estados hipercoaguláveis relacionados a distúrbios sistêmicos (por exemplo, síndrome nefrótica, malignidade); e processos locais intra-abdominais (por exemplo, esplenectomia, diverticulite, trauma). Na ausência de um estado de doença subjacente conhecido ou condição de predisposição, deve sempre suspeitar de TVM quando há antecedentes pessoais ou familiares de Trombose Venosa Profunda (TVP)<sup>3,9</sup>.

A veia mesentérica inferior, isoladamente, é afetada em 6% dos casos de TVM<sup>1-2</sup>. O sintoma mais comum, na maioria dos relatos é a dor abdominal combinada com outros sintomas como distensão abdominal, náuseas e febre. A presença dos sintomas abdominais pode piorar, de maneira gradativa, com o desenvolvimento de infarto intestinal. Sintomas críticos como a instabilidade hemodinâmica e a peritonite são indicadores importantes para considerar uma abordagem cirúrgica<sup>4</sup>. A suspeita de TVM é importante para evitar diagnóstico tardio, particularmente em pacientes idosos.

As manifestações clínicas são, muitas vezes, inespecíficas, tornando o diagnóstico bem difícil. Assim, na maioria das vezes, é um achado na laparotomia exploradora ou necropsia<sup>5</sup>. A TC é uma ferramenta de diagnóstico, de alta sensibilidade na exibição da deficiência do enchimento intraluminal e processos inflamatórios intra-abdominais subjacentes<sup>8</sup>. Mesmo com as imagens de TC, o diagnóstico de trombose é difícil de ser realizado<sup>6</sup>. Os resultados que indiretamente sugerem TVM são: dilatação da veia<sup>1</sup>, inflamação perivascular e linfadenopatia. Com meios de contraste, a falha de enchimento devido à trombose, pode ser diretamente visto em TC ou Ressonância Nuclear Magnética como um centro hipodenso /trombo hipointenso em comparação com área hiperdensa periférica /contraste hiperdenso<sup>7</sup>.

O tratamento inicial se resume em descanso intestinal, controle da dor, hidratação endovenosa, profilaxia antibiótica, anticoagulação parenteral terapêutica com ponte de heparina para warfarina<sup>8,10</sup>. Opções mais avançadas de tratamento em caso de instabilidade hemodinâmica ou sintomas refratários podem incluir fibrinólise,

trombectomia e ressecção intestinal<sup>9</sup>. A ressecção cirúrgica é de escolha para pacientes com intestino progressivo, dilatação ou sinais peritoneais<sup>10</sup>.

### REFERÊNCIAS

Skinner, D., Van Fossen, K. Anatomy, Abdomen, Arteries, Inferior Mesenteric. Source Stat Pearls [Internet]. Treasure Island (FL): Stat Pearls Publishing; 2018 Feb 23.

Hmoud B, Singal AK, Kamath PS. Mesenteric venous thrombosis. J Clin Exp Hepatol 2014 Abr; 4: 257-263.

Violi, N.V., Schoepfer, A.M., Fournier, N., Guiu, B., Bize, P., Denys, A.; Swiss Inflammatory Bowel Disease Cohort Study Group. Prevalence and clinical importance of mesenteric venous thrombosis in the Swiss Inflammatory Bowel Disease Cohort. AJR Am J Roentgenol. 2014 Jul;203(1):62-9. doi: 10.2214/AJR.13.12447.

Famularo, M., Lombardi, J. Chronic Mesenteric Ischemia Presenting as Exercise-induced Abdominal Pain. Ann Vasc Surg. 2015 Nov;29(8):1657.e17-9. doi: 10.1016/j.avsg.2015.06.063. Epub 2015 Jul 13.

Gasparly MS, Auten J, Durkovich D, Gable P. Superior mesenteric vein thrombosis mimicking acute appendicitis. West J Emerg Med 2011 May; 12(2): 262-265

Aggarwal A, Garg S. Image diagnosis: inferior mesenteric vein thrombosis. Perm J 2015 Summer; 19(3): 120-121.

Kammerer, S., Schuelke, C., Berkemeyer, S., Velasco, A., Heindel, W., Koehler, M., Buerke, B. The role of multislice computed tomography (MSCT) angiography in the diagnosis and therapy of non-occlusive mesenteric ischemia (NOMI): Could MSCT replace DSA in diagnosis? PLoS One. 2018 Mar 1;13(3):e0193698. doi: 10.1371/journal.pone.0193698. eCollection 2018.

Falkowski AL, Cathomas G, Zerz A, Rasch H, Tarr PE. Pylephlebitis of a variant mesenteric vein complicating sigmoid diverticulitis. J Radiol Case Rep 2014 Feb; 8(2): 37-45.

Simão JL, Nadai LC, Giacon PP, Lopes MAM. Uso de contraceptivos orais induzindo trombose mesentérica . Rev bras hematol hemoter 2018 Feb; 30(1): 75-77.

Singh, K., Khan, G. Antiphospholipid syndrome presenting as acute mesenteric venous thrombosis involving a variant inferior mesenteric vein and successful treatment with rivaroxaban. BMJ Case Rep. 2018 Mar 26;2018. pii: bcr-2017-223077. doi: 10.1136/bcr-2017-223077.